FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N° 601

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

RIBOLLET François Michel

né le 16 Septembre 1929 à PARIS

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES LUTEINIQUES

Président : P. FUNCK-BRENTANO, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

RIBOLLET François Michel

né le 16 Septembre 1929 à PARIS

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES LUTEINIQUES

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538108_0031

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon **BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. . . . . . Jean **VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof[r] à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribolsière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Laribolsière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
— — (Profr à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Profr à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Profr à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Profr à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERIBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. par. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.), m.c. agr GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE.

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A), pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.) CONTE (M.) DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.) TURIAF (J.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mlle HURÉ (A.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.,), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considerées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA FEMME

A MA MERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. FUNCK-BRENTANO

Professeur de Clinique Gynécologique à
la Faculté de Médecine de Paris

qui a accepté de présider
cette thèse

En témoignage reconnaissant

AU DOCTEUR J. C. TRONC
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Montargis

qui inspira cette thèse après avoir été un éducateur et être devenu un ami.

En toute amitié.

AU DOCTEUR A. MAZINGARBE
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Montargis
Membre de l'Académie de Chirurgie

En remerciement de son aide et de son enseignement toujours si pensés.

AU PROFESSEUR AGREGE J. DE BRUX

AU PROFESSEUR AGREGE H. ROBERT

Pour l'aide et les conseils qu'ils
m'ont généreusement prodigués.

AU DOCTEUR R. GAUTHIER
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital de Montargis

AU DOCTEUR A. CASTELBON
Licencié ès-Sciences
Médecin de l'Hôpital de Montargis

AU DOCTEUR J. BRIAND
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Gynécologue Accoucheur de l'Hôpital de Montargis

En remerciement pour l'enseignement
qu'ils m'ont prodigué.

- INTRODUCTION -

Le problème des kystes lutéiniques ou dits lutéiniques a déjà fait l'objet de multiples travaux. Il semble pourtant que les possibilités de diagnostic de telles formations dans la pratique sinon courante du moins hospitalière aient été jusqu'à ce jour assez restreintes. Le but de ce travail sera de montrer d'abord les divers aspects cliniques que peuvent présenter ces formations kystiques ovariennes, enfin d'offrir un moyen de diagnostic et par là même la conduite à tenir en présence de celles-ci.

Des nombreuses observations rapportées ci-après, il ressort que le diagnostic posé fut le plus souvent erroné. Même si le diagnostic de kyste fonctionnel ovarien avait été suspecté, le risque que l'on faisait encourir aux malades sur les seules (ou presque seules) impressions cliniques, ne permettait pas d'éviter une intervention chirurgicale. Bien que les risques opératoires ne soient certes pas grands, il est indiscutable que le malade n'accepte pas toujours sans réserve une intervention. D'autre part, l'opérateur qui s'aperçoit que son intervention n'était pas indispensable n'a guère lieu d'être satisfait.

Donc pour l'un comme pour l'autre, il est nettement préférable d'éviter un acte opératoire.

Nous verrons qu'il est des cas où l'intervention ne se discute pas, mais qu'il en est d'autres où sous surveillance médicale, on peut l'éviter grâce à l'effort diagnostic de la biopsie d'endomètre. Il n'est pas douteux que dans un proche avenir viendront s'ajouter à cet examen des dosages hormonaux qui pourront permettre de poser un diagnostic de certitude absolue.

Nous verrons donc successivement les aspects cliniques présentés par ces formations kystiques ovariennes, puis les possibilités actuelles de diagnostic ; enfin, nous essaierons de tirer une conclusion dans l'état actuel des connaissances médicales.

- ETUDE CLINIQUE -

Les kystes lutéiniques dont nous allons étudier les différents tableaux cliniques sont formés aux dépens d'un corps jaune qui s'est constitué après la rupture du follicule de De Graaf, mais qui au lieu de régresser comme il est de règle (en l'absence de fécondation) a subi une dégénérescence kystique.

Les caractères macroscopiques de ces kystes sont variables. On a discuté de leur bilatéralité. La bilatéralité semble plus le fait de la fameuse ovarite scléro-kystique à la dénomination si controversée. Il faut noter toutefois leur possibilité de récidive sur l'un ou l'autre ovaire. Leur volume est très variable allant de la grosseur d'une cerise à celle d'une mandarine ou parfois plus. Leur contenu est soit clair soit plus fréquemment citrin ou hématique.

Du point de vue histologique, nous adopterons la description de Bertes :

- couche cellulaire interne formée de cellules lutéiniques
- couche conjonctive bordant cette dernière, lache
- couche fibreuse externe plus ou moins dense (tissu conjonctif du stroma ovarien) peu fréquemment retrouvée.

L'apparition de telles formations se situe en règle dans la période de pleine activité génitale entre 25 et 40 ans survenant souvent après une gestation.

Le polymorphisme du syndrôme fonctionnel des kystes lutéiniques est connu. Signalons dès l'abord que de telles formations peuvent ne donner lieu à aucun signe clinique et être une découverte d'examen gynécologique considérée comme un kyste ovarien ordinaire.

Mais les 2 principaux signes sont les signes pseudo gestatifs et les douleurs.

./...

- L'AMENNORHEE -

On convient actuellement que dans la moitié des cas environ les kystes lutéiniques entrainent une aménnorhée. Cette amennorhée est variable. Elle peut être simplement d'une quinzaine de jours ne s'accompagnant d'aucun petit signe de grossesse et être suivie de règles particulièrement abondantes pouvant laisser penser à une fausse couche.

Observation : Mme L... 34 ans - IO Février I958 (Dr. Mazingarbe)

Règles normales 28.4 - 3 fausses couches spontanées, 2 avant première naissance, puis 2 grossesses normales.
Fausse couche le IO Février I958 - Retard 3 semaines - Pas de signes de grossesse.
Curetage non envoyé à l'examen histologique, mais à l'examen Rétroversion + kyste lutéinique à droite ?
A la suite de la fausse couche, règles normales abondantes, mais de Février à Octobre I958 douleurs ++ 2 jours avant et Ier jour des règles. Persistance de masse à droite variable en volume.
Intervention le I5 Octobre I958 - Gros ovaire droit kyste citrin (Résection suture moignon).
A l'examen histologique kyste lutéinique.

On peut se demander bien que nous n'avons pas de résultats d'une biopsie d'endomètre, devant la découverte d'un kyste lutéinique au cours de l'intervention correspondant à la masse étiquetée kyste lutéinique en Février I958, si au lieu d'une fausse couche, nous n'avons pas affaire simplement à un kyste lutéinique ayant entraîné une amennorhée.

./..,

Mais plus fréquemment l'aménorrhée s'accompagne de petits signes de grossesse qui semblent sous la dépendance d'une sur-imprégnation progestéronique.

- Ramollissement du col utérin
- Légère augmentation du volume de l'utérus
- [illegible] augmentation du volume des seins et tension douloureuse à leur niveau.

Les auteurs allemands avant guerre avaient insisté sur une certaine coloration lilas de la vulve et de la muqueuse vaginale. Elle peut parfois difficilement appréciable.

Par contre nous arrivons là au diagnostic différentiel principal, au toucher vaginal dans un cul de sac on trouve une masse arrondie de volume variable et généralement excessivement douloureuse au toucher. Le diagnostic de grossesse extra utérine est d'autant plus vraisemblable qu'une réaction biologique de Friedmann pratiquée se révèle positive (souvent faiblement il est vrai). Mais ce test ne dépend que de la sécrétion de gonadotrophines chorioniques et peut, nous le verrons plus loin, traduire un trouble par excès d'excrétion de ces gonadotrophines (trouble situé soit au niveau de l'hypophyse, soit au niveau du récepteur ovarien).

Observation : Mme P... 33 ans 4 Juillet I957 (Dr. Tronc)
2 enfants - pas de fausse couche
opérée en I954 de grossesse extra utérine (avortement tube abdominal avec conservation de la trompe droite).
Règles 30/5 - douloureuses - régulières
Dernières règles le I3 Mai I957 - tension mammaire, état nauséeux, pas de pertes, utérus de consistance plus molle que la normale.
au toucher vaginal masse douloureuse ++ dans le cul de sac droit.
Réaction grossesse faiblement positive.

./...

C R I : Transvers. - grosse masse annexielle droite pleine à cailloté semblant être essentiellement ovarienne. Trompe épaissie avec appendice collé intimement. Ablation des annexes droites en totalité. Fermeture sans drainage. Utérus normal remolli.

Histologie : Prélèvement soumis à l'examen montre l'image caractéristique d'un volumineux corps jaune hémorragique avec assez importante hyperplasie des cellules lutéiniques.
Pas de villosités choriales décelables au niveau de la trompe.
Suites opératoires normales. En Octobre I957 va bien - rien à signaler.

L'opération semblant s'imposer chez une malade ayant déjà présenté une grossesse extra utérine vérifiée (on connait la tendance récidivante des grossesse extra utérine) il n'a pas été pratiqué de biopsie d'endomètre.

La similitude avec une grossesse ectopique ne fait que croître lorsque l'aménnorhée s'accompagne non seulement des petits signes classiques de grossesse, mais encore de métrorragies qui n'ont peut être pas le caractère classique des "pertes distillantes sepia". Ces pertes sont en principe plus abondantes, faites de sang rouge mais devant un tableau aussi complet et si voisin de celui de la grossesse extra utérine, la tergiversation n'a pas souvent cours.

Observation (Dr. Briand) - Mme B... 32 ans - 2 enfants - pas de fausse couche - bien réglée 28/5
En Nov. I956, retard de règles de 3 semaines
Petits signes de grossesse - réaction de grossesse positive - petites pertes "sepia""
A l'examen : Masse annexielle droite - cul de sac douloureux. Utérus de consistance plus molle que normale.
Devant bes signes on pose le diagnostic de

grossesse extra utérin. D'autant que la récidive fréquente des grossesses ectopiques est soulignée un peu partout.

A l'intervention : volumineux kyste du corps jaune à contenu hématique. Pas de signes de grossesse tubaire, mais utérus manifestement gravide et fausse couche spontanée dans les jours qui suivirent l'intervention

Nous en arrivons à la présence d'hémorragies coexistantes avec un kyste lutéinique. Ces hémorragies peuvent, nous l'avons vu, succéder à une période d'aménorrhée, mais peuvent aussi survenir sans retard de règles évident. Voici 3 observations (Hôpital de Montargis) qui serviront d'exemples.

Mme B... 37 ans - (Dr. Mazingarbe)

5 grossesses bien supportées, normales.
Règles 28/8 - Pas d'antécédents - pas de fausse couche - Dernières règles le 20.8.58 normales.
Le I9.9 commence à perdre et les pertes n'ont pas cessé depuis. Ne souffre pas du ventre.
Aucun signe pseudo gestatif.
A l'examen saigne ++ - gros col - corps utérin bien mobile - A droite cul de sac souple, à gauche masse volumineuse (oeuf) très mobile, peu douloureuse, rémittente.
Le diagnostic posé est grossesse extra utérine ou kyste fonctionnel ?
On pratique un curettage utérin.
Muqueuse pauvre en tubes glandulaires - Une petite formation polypoïde d'ordre cervical est rencontrée dans le prélèvement. Le chorion cytogène est en partie oblitérétié et hémorragique.
Pas de signes de gestation.
Les pertes continuant, sur l'insistance de la malade, intervention.

C R O : Transverse - kyste ovarien droit volume mandarine, contenu séreux clair, paroi jaunâtre.
Résection du kyste avec conservation du hile.
Annexes gauches normales.

./...

Histologie : Le prélèvement soumis à l'examen montre l'existence d'une paroi kystique bordée de larges assises de cellules lutéiniques.
Conclusion : Kyste lutéinique.
Règles normales après intervention. Pas de récidive à l'heure actuelle.

Mme B... (I4.I0.56) 43 ans - 2 grossesses - une fausse couche - pas d'antécédents pathologiques - Bien réglée i. 29.5 - Dernières règles normales le 29.8- Depuis le 30.9 perd sans arrêt.

. l'examen col mou - utérus normal - dans cul de sac droit masse du volume d'une noix, douloureuse.

Biopsie d'endomètre : "Muqueuse examinée montre quelques discrets phénomènes hyperplasiques."

. l'intervention : kyste ovarien droit - contenu séreux - annexes gauches normales.

Histologie : "Le fragment ovarien montre sur une de ses surfaces une zone lutéinique pouvant représenter la paroi d'une formation kystique du même nom."

Mme B... 39 ans - 22.4.55
un enfant - pas de fausse couche - toujours bien réglée -
Depuis un an pertes plus abondantes (traitées par Stérandrvl 50).
Le 3 Avril Ier jour des règles normales ++
Depuis petites pertes de sang rouge assez irrégulières.
A l'examen, col sain, utérus de volume normal un peu incliné à droite - cul de sac droit normal - cul de sac gauche : masse du volume d'une orange, allongée, se prolabant dans le cul de sac postérieur - indolore -

./...

C R O : Transverse - Gros kyste ovarien gauche adhérent à la face postérieure du ligament large.
Ablation des annexes gauches - utérus de forme et de consistance normale

Histologie : [illegible] révèle une formation kystique présentant sur une zone restreinte des amas de cellules lutéiniques. Par ailleurs aucun noyau épithélial manifeste. Pas de signes de malignité.

[illegible] côté de ces [illegible] avec ou sans signes pseudo-[illegible], à côté de ces métrorragies variables quant à leur [illegible] et leur importance dans le cycle, il est fréquent de rencontrer des kystes lutéiniques dont la manifestation [illegible] est la douleur. Douleur simple névralgie dont le kyste est le point de départ ou douleur par phénomènes de compression ? A ces douleurs s'ajoutent, mais de façon non constante des irrégularités du cycle dans le sens de l'allon-[illegible] [illegible].

Ces douleurs (Nolin, Condamin, Janin) peuvent revêtir deux formes, soit subaigues, soit chroniques.

Elles sont généralement unilatérales survenant par crises avec des paroxysmes pouvant parfois laisser subsister un endolorissement constant au petit bassin. Au toucher, on perçoit la petite masse [illegible] tôre utérine de grosseur variable. A ce propos, il est bon de rappeler que la découverte de cette masse est fonction non seulement de l'entraînement et de la valeur du praticien, mais encore et surtout des conditions de l'examen, paroi abdominale épaisse, douleur accusée plus vivement par la malade empêchant la précision, psychisme de cette même malade, ou encore possibilité à la tumeur d'échapper aux investigations de par sa position plus haute dans le pelvis.

./...

On conçoit ainsi que dans certains cas devant les difficultés d'examen, le diagnostic d'appendicite ait pu être posé en cas de douleurs siégeant à droite.

De plus, il est incontestable que la connaissance préalable de la malade évite, dans les cas douteux, l'erreur de diagnostic. On pourra relativement se fier à la fréquence et à l'intensité plus soutenues des douleurs en fin de cycle, précédant de peu la date d'apparition normale des règles, celles-ci pouvant présenter un léger retard et être d'une abondance plus grande (principalement le premier jour).

Voici deux observations où les douleurs remplissaient quasi totalement la scène clinique :

Mme P... 37 ans - 9 Août I955
2 enfants - pas d'antécédent -
(I0 et 8 ans)
Règles le 28.8
Depuis quelques mois douleurs abdominales ++ - Quelques pertes blanches -
A l'examen, gros col - utérus normal attiré à droite - cul de sacs souples -
Traitement médical : Stenandiol + Isotyl + injections Salics -
Revue le 27.4.57
Souffre en permanence de chaque côté du pelvis. Le traitement n'a amené qu'une légère rémission - Règles très abondantes
A l'examen, gros col - utérus gros - annexes sensibles ++
Le 8.5.57 douleurs intolérables -
Incision transverse - utérus fibromateux - gros ovaire droit avec une fissure d'où s'échappe une formation hématique.
Hystérectomie totale -
Histologie : L'étude du fragment ovarien montre quelques petites formations kystiques d'origine du moins en partie folliculaire dont une plus importante lutéinique avec

./....

zones hémorragiques étendues -

Mme M... 3I ans - I0 Septembre I956 -
I enfant (4 ans) - Règles 28 (4 jours)
souffre du ventre depuis longtemps surtout à gauche -
Post-partum amélioration à droite -
Dernières règles le 2.7.56 - Pertes blanches ++
l'examen: gros col - ulcération métritique de la lèvre antérieure - Point appendiculaire - gros ovaire gauche sensible.
Intervention le I8.7.56
Transverse - utérus irrégulier, petits nvomes - annexes gauches très adhérentes au ligament large avec un semis de granulations noirâtres - kyste hématique ++
Ablation des annexes gauches -
Histologie - prélèvement ovarien examiné presque uniquement formé par un volumineux corps jaune hémorragique récent. De petites portions de tissu ovarien restant (un peu scléreux) portent de nombreux follicules primordiaux.
Pas de villosités choriales au niveau de la trompe.

Avant d'entamer le chapitre des associations kystes lutéiniques et grossesses extra ou intra utérines, nous allons envisager maintenant les complications des kystes lutéiniques essentiellement représentées par la rupture.

La rupture de ces formations kystiques donne un tableau abdominal aigu pouvant en imposer soit pour une appendicite, soit plus fréquemment pour une rupture de grossesse extra utérine.

./...

Dans le service du Docteur Mazingarbe, furent opérées dans des conditions identiques à 6 jours d'intervalle, deux malades pour lesquelles le diagnostic d'appendicite avait été posé. Voici leurs observations :

Mme C... 28 ans - 6 Septembre I956
Aucun antécédent - Règles irrégulières 2[illegible] - 32 (5 jours) - Dernières règles le 20.8.56 -
Dans la soirée du 5 Septembre, douleur dans la fosse iliaque droite. Pas de signes périétaux. La malade étant connue pour présenter de temps à autre de semblables crises douloureuses de la fosse iliaque droite étiquetées "appendicite chronique", on ne prête que peu d'attention à ces signes d'autant plus que la température est normale.
Dans la matinée du 6, douleurs +++ au Mac Burney - vomissements - température 37°2 - frissons - au toucher vaginal douleur cul de sac droit à bout de doigt.
Devant un tel tableau, le médecin envoie la malade à l'hôpital.
Mêmes signes - intervention -
Incision Mac Burney : sang ++ entraînant fermeture et médiane.
.. la surface de l'ovaire droit, kyste hématique rompu. La paroi interne du kyste est de couleur jaune - Résection partielle - Aspiration -
Utérus et annexes gauches normaux.

Histologie : l'ovaire examiné montre la présence de petites formations d'origine folliculaire et un kyste hématique d'origine lutéinique.

./...

Dans le service du Docteur Mazingarbe, furent opérées dans des conditions identiques à 6 jours d'intervalle, deux malades pour lesquelles le diagnostic d'appendicite avait été posé. Voici leurs observations :

Mme C... 28 ans - 6 Septembre I956

Aucun antécédent - Règles irrégulières 28 - 32 (5 jours) - Dernières règles le 20.8.56 -

Dans la soirée du 5 Septembre, douleur dans la fosse iliaque droite. Pas de signes généraux. La malade étant connue pour présenter de temps à autre de semblables crises douloureuses de la fosse iliaque droite étiquetées "appendicite chronique", on ne prête que peu d'attention à ces signes d'autant plus que la température est normale.

Dans la matinée du 6, douleurs +++ au Mac Burney - vomissements - température 37°8 - frissons - au toucher vaginal douleur cul de sac droit à bout de doigt.

Devant un tel tableau, le médecin envoie la malade à l'hôpital.

Mêmes signes - intervention -

Incision Mac Burney : sang ++ entraînant fermeture et médiane.

.. la surface de l'ovaire droit, kyste hématique rompu. La paroi interne du kyste est de couleur jaune - Résection partielle - Aspiration -

Utérus et annexes gauches normaux.

Histologie : l'ovaire examiné montre la présence de petites formations d'origine folliculaire et un kyste hématique d'origine lutéinique.

./...

2ème observation le 12.9.56 -

Tableau absolument identique chez une femme de 33 ans - 2 enfants - pas de fausse couche - Règles irrégulières - Dysménorrhée ++

C R O Incision de Mac Burney - sang ++ dans le ventre -

On élargit l'incision, il s'agit de la rupture d'un kyste lutéinique très hémorragique. Ablation du kyste - suture de l'ovaire - Aspiration -

Histologie : L'étude du fragment ovarien montre la présence de 2 formations kystiques d'origine folliculaire dont une beaucoup plus importante hématique ++ de nature lutéinique.

Ces ruptures se sont produites spontanément autant que l'on puisse ajouter foi aux dires des malades. Aucune cause, que ce soit un choc, un traumatisme, un effort ou même un coït n'a pu être retenue.

En fait si ces 2 observations en ont imposé pour un diagnostic d'appendicite, la rupture de ces kystes donne plus fréquemment et la littérature regorge d'observations identiques, un tableau de rupture de grossesse extra utérine.

Au début de cette thèse, nous avons rapporté une observation (observation N° 2) où seules les pertes sepia classiques manquaient au diagnostic de grossesse extra utérine chez une malade ayant des antécédents de grossesse ectopique.

Voici une autre observation où le tableau clinique semblait complet :

Mme L... 33 ans - 16.4.55

2 enfants - pas d'antécédents - Bien réglée tous les 28 jours (4 jours). Depuis Juin 54 (dernier accouchement Décembre 53) douleurs au moment des règles.

./...

Dernières règles I8.2.55 -
Depuis I5 jours, douleurs dans la fosse iliaque droite - depuis 2 jours petites pertes noirâtres.
Petits signes de grossesse : tension des seins
nausées
tension abdominale
Réaction de grossesse positive.

A l'examen : gros col mou - corps utérin légèrement dévié à gauche à consistance difficile à apprécier.
A droite au niveau de la corne utérine masse du volume d'une mandarine, tendue, très douloureuse.
On pose le diagnostic de grossesse extra utérine en voie de fissuration.

Intervention : Transverse - Très gros kyste hématique de l'ovaire droit à contenu chocolat avec orifice punctiforme d'où sourd le sang.
Ablation des annexes droites - trompe hypertrophiée - utérus d'aspect normal, légèrement ramolli.
Fermeture sans drainage - Suites opératoires normales - Réaction grossesse négative le 24.6.55 -

Histologie : Le fragment ovarien montre la présence de petites formations kystiques d'origine folliculaire et un gros kyste où l'on reconnaît par place des assises de cellules lutéiniques(kyste lutéinique).

A côté de la rupture peut se produire la torsion de ces kystes lorsqu'existe un pédicule ; mais cette pédiculisation est rare (cas rapporté par Petit dans sa thèse de I937 entre autre) et la torsion par voie de fait, encore plus rare.

La possibilité d'infection d'un corps jaune kystique est aussi signalée, mais, mis à part le cas de nécrose après dégénérescence kystique évoluant depuis longtemps ou encore surinfection de voisinage, cette infection semble extrêmement rare.

./...

Association d'un corps jaune kystique et d'une grossesse intra ou extra utérine

Nous venons de voir différents tableaux cliniques où des corps jaunes kystiques ne s'accompagnaient pas de grossesse intra ou extra utérine, mais il est des cas où peut exister de façon concomittente une grossesse.

Nous n'avons personnellement qu'une observation de corps jaune gravidique kystique avant nécessité une intervention. La grossesse était une grossesse intra utérine évoluant normalement mais le tableau clinique imposa l'intervention (observation du Docteur Tronc).

Attali rapporte dans sa thèse 2 observations du Professeur M.G. Robert dans le service de la clinique gynécologique de Broca. Tous les signes étaient en faveur d'une grossesse extra utérine ; la coelioscopie avait même été pratiquée, et à l'intervention : grossesse avec gros ovaire porteur d'une corps jaune ++ qui, à l'examen clinique, donnait la sensation d'une masse douloureuse para utérine.

Clerc Vaucher (La Chaux des Fonds) a signalé relativement récemment la concomittance de corps jaunes kystiques et de grossesse tubaire. Pour lui, la coexistence de ces 2 états pathologiques ne serait pas due au simple hasard , soit que l'insertion vicieuse de l'oeuf entraîne la formation de kyste du corps jaune, soit que l'évolution anormale du corps jaune entraîne la nidation anormale. Il en donne trois observations dont deux, même à ventre ouvert, ne permettaient pas de reconnaître une grossesse tubaire.

En voici une telle qu'il la rapporte :

Mme X... 40 ans 3ème pare - Troubles des règles -
Saigne depuis I8 jours et incrimine une chute sur le siège.

./...

Aucune douleur dans le bas ventre.

Examen : Col légèrement béant d'où sourd un peu de sang. Utérus de volume et de forme normaux, mobile, dur.
Dans les annexes gauches, tumeur dure, mobile, indolore, du volume d'une noix.
Je pense à un kyste ovarien. N'excluant pas la grossesse extra utérine, je pratique une biopsie de l'endomètre.

Histologie : Plages de cellules déciduales dans l'endomètre, ce qui renforce la suspicion de grossesse extra utérine.
L'intervention est décidée.

Laparotomie : Kyste de l'ovaire gauche, jaune, du volume d'une noix qu'il est facile d'énucléer. Les deux trompes sont souples et d'aspect normal. Il n'y a rien à leur reprocher.
Utérus normal. Pas de sang dans l'abdomen.
Peu satisfait de ces constatations, je me donne le temps de réfléchir en enlevant l'appendice et referme l'abdomen après un dernier contrôle.

Histologie : Kyste du corps jaune.

J'observe avec quelques inquiétude l'évolution post opératoire de ce cas. La malade se porte bien, se lève bientôt et rentre chez elle sans histoire.

J'apprends cependant par son médecin de famille qu'il subsiste une certaine douleur diffuse dans le bas ventre et que les métrorragies quoique faibles n'ont pas cessé. Un mois après la première intervention, je revois cette malade qui présente alors tous les symptômes d'hémorragie intra abdominale.

Je réintervins et enlève une grossesse tubaire fraîchement rompue.

Instruit de cette expérience et se retrouvant devant un cas à peu près semblable, en exprimant la trompe correspondant à l'ovaire porteur d'un corps jaune kystique, il fit jaillir de celle-ci, d'aspect strictement normal, un caillot où l'histologie signala la présence de villosités choriales. Les suites de l'intervention furent normales.

insi nous constaterons une fois de plus la difficulté de poser un diagnostic précis de ces formations anormales ovariennes, d'autant que certains auteurs, comme Keller, affirment avoir rencontré des kystes du corps jaune avec une égale fréquence dans des cas de grossesse tubaire et dans d'autres affections gynécologiques telles que fibrome et annexite, ce qui ne fait qu'accroître la palette des tableaux clinique, et par la même les erreurs de diagnostic et les difficultés d'établir une indication médicale ou chirurgicale.

Enfin une dernière association bien connue est celle des kystes lutéiniques avec les môles et les chorio-épithéliomes. Nous en rapportons ici une observation.

Mme D... 24 ans - 5.6.48
Un enfant (accouchement normal)
Deuxième grossesse (avortement molaire)
Malade pâle, anémiée et subfébrile.
Très grosses masses abdominales
Utérus augmenté de volume . De chaque côté masses kystiques bien mobiles. Pertes noirâtres et fétides.
Perfusion per-opératoire
Médiane sous-ombilicale : gros kystes ovariens multilobulés à parois bleuâtres.
Ablation première des kystes.
Hystérectomie totale et drain vaginal.

./...

Le fragment utérin examiné montre au niveau de la muqueuse des zones déciduales étendues surplombées par une membrane fibrino-polynucléaire nécrobiotique. On note deux minuscules plages choriales authentiques à éléments plus ou moins irréguliers dont une dans un lymphatique. Lésion chorio-épithéliomateuse probable.

Ovaire : Kystes hématiques d'origine lutéinique.

Une réaction de grossesse pratiquée avant l'intervention ainsi qu'un dosage des gonadotrophines avaient donné :

- Une réaction de grossesse +++ supérieure à 1000 unités prolans
- Un dosage des gonadotrophines égal à 10.000 unités Hinglais.

Cette dernière association est le cas limite car nous avons ici une lutéinisation massive des ovaires avec dégénérescence kystique contrairement aux autres observations où nous avions un seul corps jaune kystique.

./...

- POSSIBILITES de DIAGNOSTIC -

Qu'avons nous à notre disposition pour poser le diagnostic de ces corps jaunes kystiques ? Puisque l'on admet généralement que ces derniers ont conservé leur fonction lutéale et même une fonction lutéale active au point de donner une symptômatologie de grossesse, en utilisant les méthodes pour explorer la fonction lutéale, on devrait obtenir une probabilité valable pour le diagnostic de ces formations kystiques. Quelles sont ces méthodes ?

I°) Les dosages hormonaux -

Ils sont à vrai dire assez incertains pour doser surtout quantitativement l'activité lutéale. Ils semblent rendre beaucoup plus de service pour l'aspect d'hypofonctionnement ovarien que d'hyperfonctionnement.

On ne saurait nier toutefois la place certaine qu'ils ont (en particulier le dosage des oestrogènes en phase lutéale) dans l'ensemble des examens préconisés pour l'étude de la phase lutéale. Avec l'appui de la biopsie d'endomètre que nous verrons plus loin l'utilité de ces dosages pour l'établissement d'un traitement médical est indiscutable.

2°) Les frottis vaginaux -

Après avoir semblé permettre un diagnostic précis des actions hormonales ovariennes sur le récepteur vaginal, les frottis vaginaux n'ont plus aujourd'hui qu'une valeur relative d'appoint dans l'étude de ces actions.

Cela vient du fait que les animaux employés en expérimentation donnaient par les résultats obtenus sur eux des enseignements que l'extrapolation sur le cycle féminin n'ont permis de vérifier qu'en partie.

./...

Perin dans son rapport sur la fonction lutéale I954 conclut à propos des frottis vaginaux :

I°) Les modifications caractéristiques de la phase lutéale peuvent être reproduites par administration des 3 stéroïdes progestogènes.

2°) Nous ne disposons pas de données précises sur la vitesse d'apparition de ces modifications ni sur les doses minima d'hormones nécessaires.

3°) Ces modifications ne sont pas spécifiques : la desquamation en placards de cellules plicaturées peut se produire en dehors de l'intervention d'une substance progestogène sur un vagin oestrogénisé.

4°) L'épithélium vaginal est surtout sensible aux substances oestrogènes tandis que l'endomètre l'est surtout aux substances progestogènes.

Pour dresser un bilan hormonal aussi complet que possible, il faut explorer conjointement les 2 récepteurs, le vagin et l'endomètre.

Pundel qui s'est attaché lui aussi à l'exploration de la fonction lutéale par les frottis vaginaux déclare de façon identique : "Il est prouvé aujourd'hui que le frottis vaginal cytologique est un excellent test pour l'évaluation de l'activité oestrogénique chez la femme. Par contre sa valeur comme méthode d'exploration de la fonction lutéale du cycle menstruel est encore sujette à caution".

L'apparition de cellules plicaturées en placards qui semblait être caractéristique de l'action lutéale peut être produite par une chute de la folliculine (Pundel).

Moricard de même considère qu'il est actuellement établi que le frottis vaginal n'apporte pas d'image spécifique de l'action progestinique chez la femme même si on répète le frottis vaginal quotidiennement.

Nous n'avons pas trouvé d'études parues de frottis vaginaux dans le cas précis qui nous intéresse mais de toutes façons si ceux-ci peuvent donner un appui supplémentaire ils

./...

ne semblent pas susceptibles dans l'état actuel des choses de poser le Diagnostic.

3°) Dosage des métabolites de la progestérone -

La progestérone elle-même n'étant pas dosable dans les urines, on s'est adressé au dosage de ses métabolites.

Mais ceux-ci sont multiples. Jayle dose les GBS I3 stéroïdes urinaires éliminés sous forme de glycuronidates qui sont en leur plus grande partie des métabolites de la progestérone.

Ces GBS I3 sont les 3 α stéroïdes neutres urinaires. Selon les dosages en phase folliculaire ou lutéale on obtient par soustraction les dérivés totaux de la progestérone. On retire la fraction acéto-précipitable d'origine vraisemblablement surrénalienne et on a ainsi uniquement la fraction ovarienne. Pour Jayle ces méthodes de dosage sont faisables en routine clinique.

Moricard préfère la technique d'Huber et Borth assez spécifique pour les prégnandiols (ne permet pas de doser les prégnanolones).

Le dosage du prégnandiol éliminé en phase lutéale est d'environ 5 mg par litre alors qu'en phase folliculaire il est de I mg par litre en moyenne.

Par ces dosages nous avons une idée assez précise de la fonction lutéale. Des chiffres élevés nous donnent une notion d'hyperlutéinie, mais là aussi il est nécessaire de grouper le plus possible d'examens de la fonction lutéale pour en arriver à une concordance de certitude.

Et l'examen le plus utile surtout depuis la découverte du syndrôme d'Arias Stella est bien la biopsie d'endomètre.

Pour le cas qui nous intéresse, celui des corps jaunes kystiques devant le tableau clinique, il semble désormais que si l'on a pu éliminer la grossesse utérine, le premier geste à faire est la biopsie de l'endomètre. C'est elle qui à l'heure actuelle semble donner la clef du problème.

LA BIOPSIE DE L'ENDOMETRE -

C'est au professeur De Brux et par son intermédiaire à Vaissade avec sa thèse parue début I957 ("Biopsie endomètre dans le diagnostic des grossesses utérines et extra-utérines interrompues") que nous devons sinon une certitude absolue du moins une probabilité très grande dans le diagnostic des grossesses extra-utérines , des grossesses utérines interrompues et par une extrapolation qui jusqu'ici n'a pas été démentie des états hyperlutéiniques avec kystes du corps jaune associés.

C'est devant les incertitudes de diagnostic précis que posait la constatation d'une réaction déciduale de l'endomètre que De Brux cherchant à éclaircir cette question remarqua les publications d'Arias Stella parues en I954 et I955.

En effet une réaction déciduale de l'endomètre ne permet pas d'affirmer formellement l'existence d'une grossesse qu'elle soit intra ou extra-utérine. Bien que discutée par bien des auteurs qui voit en elle une vraie nidation interrompue on sait que ce qu'il est convenu d'appeler "métropathie déciduale" due à un "kyste lutéal hyperfonctionnel" donne, comme son nom l'indique, une réaction déciduale de l'endomètre. (Signalons en outre comme le dit Vaissade dans sa thèse, que certains endomètres qui sont ultra réceptifs aux actions hormonales "montrent dans leur stade sécrétoire moyen une importante réaction déciduforme du chorion cytogène et un aspect vacuolaire des cellules bordant les tubes glandulaires.")

Arias Stella découvrit certaines modifications atypiques de l'endomètre qu'il attribuait à l'action du tissu chorionique.

Parmi les cas observés par Arias Stella on comptait un cas de grossesse extra-utérine, I82 cas d'avortement utérin, 26 cas de môle hydatiforme, I4 cas de chorio épithélio ne.

Tous ces cas avaient des caractères communs.

En citant Vaissade :

- Réactions type à la fois prolifératif et sécrétoire portant sur certains endroits des tubes glandulaires cette réaction restant localisée.

./...

- Aspects nucléaires et cytoplasmiques très particuliers et également localisés.
- Pas de réaction décidualo dans le chorion (Vaissado d'ailleurs n'est pas d'accord sur l'absence de signes particuliers dans le chorion, nous le verrons plus loin).

Pour Arias Stella donc, ces réactions sont attribuées aux hormones chorioniques, le tissu chorionique étant toujours présent sous forme de villosités placentaires d'activité plus ou moins élevée suivant la cause (oeuf, môle, chorio épithéliome). Il en concluait la présence d'un tissu chorial plus ou moins actif.

En Juillet 1955 Arias Stella publiait les résultats de son expérimentation sur la rate blanche où il avait essayé de reproduire les modifications endométriales observées chez la femme tentant ainsi de prouver que les caractères histologiques étaient dus à l'action combinée oestrogeno-chorionique = aspect simultanément secrétoire et prolifératif.

Il obtenait : 1) Chez les rates normales par injection simultanée d'oestrogène et d'hormones chorioniques, une activité secrétoire inhabituelle et une prolifération manquée

2) Chez les rates castrées avec de fortes doses d'oestrogènes et de progestérone, des résultats identiques (l'action chorionique ne se faisant sentir que par l'intermédiaire du relais ovarien).

Ces expériences n'apportaient certes pas de preuves absolues mais rendaient plausibles la théorie que les modifications de l'endomètre étaient dues à une action chorionique plus une action oestrogène.

A l'aide de ces découvertes dénommées "Syndrôme d'Arias Stella" Vaissade à la clinique gynécologique de Broca a pu offrir la possibilité de diagnostic de grossesse soit ectopique, soit interrompue, et plus tard après une série d'expé-

./...

rimentations sur la lapine corroborées par des études sur l'endomètre féminin, un diagnostic dans les cas de kYstes lutéiniques et d'hYperfonctionnement progestéronique.

De ces travaux, il ressort qu'en cas de grossesse ectopique, nous aurons un endomètre qui présentera l'aspect suivant : d'une façon générale association de caractères prolifératifs et sécrétoires anormaux intéressant les cYtoplasmes et les noYaux des cellules de l'épithélium glandulaire et plus précisément :

- aspect vacuolaire particulier des cYtoplasmes
- anomalies nucléaires importantes, noYaux boursouflés, vacuolaires ou hYperchromatiques
- perte de la polarité cellulaire
- activité sécrétoire exagérée (sécrétion présentant réaction Hotchkiss)
- amas cellulaires pouvant aboutir à de véritables aspects sYncitiaux
- allure peu banale du chorion cYtogène qui apparaît très dense et hYperplasique avec cellules de morphologie diverse et aux noYaux monstrueux avec des zones souvent oedemateuses
- caractère <u>focal</u> et <u>localisé</u> de ces traits qui se rencontrent en certains points de l'endomètre et même parfois en certains points d'une même glande.

Deuxièmement en cas de grossesse interrompue :

- 1°) Aspect sécrétoire exagéré des éléments de l'endomètre
- 2°) Aspect prolifératif se traduisant sur les éléments de l'endomètre : tubes glandulaires et chorion cYtogène, par une énorme hYperplasie nucléaire et des mitoses.

Enfin en extrapolant sur l'hYperlutémie, de Brux et Vaissade décrivent un aspect particulier de l'endomètre dans les cas de kYste lutéal et d'hYperfonctionnement progestéronique :

- Monomorphisme et taille régulière des noYaux des cellules de l'épithélium glandulaire.
  En outre, les cellules de l'épithélium glandulaire présentent une activité sécrétoire augmentée,

./...

mais cette sécrétion est ici Hotchkiss + mucicarminophile + (négatifs dans cas de grossesse interrompue).

- De plus caractère diffus et non focal des aspects prolifératifs et sécrétoires.

Ainsi la biopsie d'endomètre est d'un intérêt capital dans les cas où la clinique n'est pas sûre de son fait. De par la possibilité de diagnostic qu'elle nous offre de la grossesse ectopique qui est le gros diagnostic différentiel de ces corps jaunes kystiques, on entrevoit maintenant la possibilité d'éviter une intervention chirurgicale à de nombreuses femmes présentant un syndrôme bâtard type grossesse extra utérine.

Au moment où cette thèse est écrite Petersen et Jungensen viennent de publier une statistique qui grâce aux travaux d'Arias Stella et de De Brux a permis de diagnostiquer 30 cas sur 36 de grossesse extra utérine dans des cas douteux.

LA COELIOSCOPIE -

Avec la biopsie d'endomètre il est un examen paraclinique qui a une importance considérable : la coelioscopie.

Cet examen, s'il est relativement simple, quant à sa pratique, n'en comporte pas moins de nombreuses difficultés quant à son interprétation. Il demande un spécialiste entraîné. De Sénarcleus dans son rapport sur "Coelioscopie et Fonction lutéale" rapporte les imprécisions dues à "l'éclairage artificiel, la présence des reflets, la diminution des contrastes et du relief propres à tout examen monoculaire". De plus "il arrive que le chirurgien lèse un follicule ou un corps jaune lors de la luxation d'une annexe et qu'ainsi l'observation n'en soit pas exacte".

Malgré la possibilité d'erreur, la probabilité énorme qu'apporte la coelioscopie entre les mains d'un observateur entraîné permet avec l'aide de la biopsie d'endomètre un diagnostic de quasi certitude.

Nous allons rapporter quelques observations d'Arias Stella dues à l'obligeance du professeur agrégé De Brux.

I°) Arias Stella et Grossesse extra-utérine.

Observation (Cornelis Bret):

Mme T... 28 ans

Malade ayant déjà présenté une grossesse extra-utérine il y a 3 ans pour laquelle elle subit une salpingectomie gauche. Elle vient consulter pour un retard de règles de 2 semaines et des douleurs depuis 3 jours. Elle présente un Douglas sensible qui bombe et dont la ponction ramène du sang noir.

A la laparotomie on tombe sur un hémopéritoine dû à une grossesse rompue siégeant au niveau du tiers moyen de la trompe droite associée à un kyste du corps jaune de l'ovaire droit. On enlève les annexes droites.

Histologie : Endomètre : S'il existe quelques lambeaux de caduque dont les éléments n'ont pas tout à fait l'aspect décidual typique, il existe par contre une innombrable quantité de tubes glandulaires présentant toutes les modifications typiques d'Arias Stella (grossesse extra-utérine).

Observation n°2 (Cornelis Bret) :

Mme R... 24 ans

Après un retard de règles d'une semaine métrorragies noirâtres qui durent depuis 8 jours. Il y a un mois, elle a ressenti des douleurs pelviennes à gauche qui ont cessé depuis lors. Seins gonflés mais pas de collostrum. Sur les données de l'examen anatomo-pathologique qui répond qu'il y a une caduque et des images d'Arias Stella, ainsi que sur la ponction du Douglas qui est positive, on pratique une laparotomie.

./...

On trouve un hémopéritoine et un hématosalpinx bilatéral non rompu au niveau des ampoules et saignant par les pavillons. On pratique une salpingectomie bilatérale et on résèque un bout de l'ovaire gauche qui était accolé à la masse et qui saignait (kyste lutéinique).

Histologie : Les fragments d'endomètre examinés sont constitués par des tubes glandulaires, nombraux, très dilatés, avec des épines conjonctives papillaires. Ils sont bordés par des cellules épithéliales volumineuses à cytoplasme clair et vacuolaire. Le chorion cytogène est peu important, il montre un aspect déciduiforme. L'aspect anormal des formations épithéliales rappelle les images d'Arias Stella (grossesse extra-utérine).

Observation n°3 (Cornelis Bret) :

Mme M... 29 ans

Malade ayant subi antérieurement une annexectomie droite pour salpingite chronique. Souffre depuis 5 jours de métrorragies douloureuses sans retard de règles et présente un Douglas comblé qui est sensible au toucher et dont la ponction ramène du sang ne coagulant pas. A la laparotomie on trouve du sang dans le Douglas. Grossesse extra-utérine siégeant au tiers externe de la trompe gauche. Résection cunéiforme de l'ovaire gauche pour kyste du corps jaune.

Histologie : Les larges fragments d'endomètre ont montré à côté de l'image de caduque normale, une muqueuse avec des tubes glandulaires hérissés d'épines conjonctives et dont les éléments présentent les aspects caractéristiques décrits par Arias Stella (grossesse extra-utérine).

./...

Observation n° 4 (Palmer):

Mme C...

Retard de règles de I5 jours. Métrorragies douloureuses. Fausse couche ou grossesse extra-utérine ?

Biopsie de l'endomètre pratiquée le 23.5.59 : les fragments d'endomètre ramenés par le curetage sont extrêmement hyperplasiques. Ils sont constitués par de nombreux tubes glandulaires dilatés ou de tailles diverses. Ils montrent encore du glycogène et de nombreuses inclusions mucoïdes. Mais un certain nombre de tubes sont bordés par un épithélium montrant des atypies cellulaires semblables à celles décrites par Arias Stella : noyaux plus ou moins chromatiques et volumineux situés ici à n'importe quelle hauteur dans le cytoplasme qui est de grande taille, vacuolaire, nuageux ou éosinophile.

Le chorion cytogène est très hyperplasique avec des raptus hémorragiques. Il est peuplé de cellules réticulaires qui, à la partie supérieure, prennent un aspect déciduiforme. Mais on note une multitude d'artérioles souvent groupées en nids aux parois extrêmement épaissies. C'est ici l'aspect d'une hyperplasie endométriale très active mais où l'importance du chorion, la richesse en artères spiralées et la présence de nombreuses atypies du type Arias Stella permettent de penser que cette hyperplasie est secondaire à une interruption de gravidité utérine ou plutôt extra-utérine.

Dans la nuit du 24 au 25 rupture de grossesse extra-utérine entraînant intervention d'urgence.

./...

Dans les 3 observations de Cornelis, la grossesse extra-utérine s'accompagnait d'un corps jaune kystique qui dans un cas (observation n° 2) saignait. Cette constatation tendrait à prouver, comme certains auteurs le prétendent, qu'il n'y a pas de kystes lutéiniques sans nidation et que la transformation kystique d'un corps jaune coïncide avec une interruption de grossesse que celle-ci soit intra ou extra-utérine.

Dans les observations 2 et 4 le diagnostic fut posé grâce à l'intervention de la biopsie d'endomètre en présence de tableaux cliniques qui n'étaient pas péremptoires.

2°) Arias Stella et avortement utérin -

Mme M... 23 ans

Retard de règles de 3 jours. Métrorragies douloureuses.

Biopsie d'endomètre : Les fragments examinés montrent des tubles glandulaires très dilatés souvent tassés les uns contre les autres. Ils montrent des épines conjonctives et sont bordés par un épithélium souvent pluristratifié. Les cellules de bordure sont entassées les unes sur les autres, très volumineuses et montrent un cytoplasme ballonisé, vacuolaire, avec un noyau situé tantôt à la partie moyenne, tantôt à la partie basse de la cellule. Ce dernier est de très grande taille, parfois régulier, parfois au contraire encoché et densifié.

Le chorion cytogène est oedémateux; par endroits, il est richement peuplé de volumineuses cellules réticulaires qui, à la partie supérieure du prélèvement, ont un aspect déciduiforme.

Ces faits permettent d'affirmer l'existence d'une gravidité utérine vraisemblablement interrompue.

A la suite des résultats de la biopsie d'endomètre, un curettage fut pratiqué et les produits de celui-ci réenvoyés à l'examen histologique :

Confirmant le diagnostic fait lors de la première biopsie endométriale, les fragments de curettage ont montré un endomètre dont beaucoup de tubes présentent des modifications d'Arias Stella, des lambeaux de caduque nécrosés, avec des raptus hémorragiques de décollement, enfin des villosités choriales nombreuses et actives. L'embryon avait été expulsé.

Conclusion : Grossesse utérine interrompue depuis déjà plusieurs jours avec embryon expulsé comme le prouvent :
- a) la nécrose de la caduque
- b) les atypies d'Arias Stella.

3°) <u>Arias Stella et les syndrômes douloureux de la fosse iliaque droite</u> -

Nous avons vu que cliniquement un kyste lutéinique pouvait donner une symptomatologie voisine de celle de l'appendicite aigue, avec douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements, fébricule. Il est vrai que dans ce cas, l'intervention s'impose presque toujours et qu'elle redresse l'erreur de diagnostic.

Cornélis rapporte une observation de syndrôme douloureux de la fosse iliaque droite avec biopsie d'endomètre faite en cours d'intervention :

Mme T... 23 ans

Entre pour douleurs de la fosse iliaque droite sans aucun signe attirant l'attention sur la sphère génitale. A l'intervention, on trouve du sang dans l'abdomen provenant d'une dilatation nodulaire à la partie moyenne de la trompe droite qu'on enlève.

<u>Histologie</u> : Chorion cytogène peuplé de cellules par endroits déciduiformes, ailleurs de type réticulaire ou fibroblastique. Il y a des images d'Arias Stella. Grossesse extra-utérine.

./...

Il n'est évidemment pas question de pratiquer des biopsies d'endomètre dans tous les syndrômes douloureux de la fosse iliaque droite, mais une fois de plus le syndrôme d'Arias Stella démontre tout son intérêt diagnostic.

4°) Kystes lutéiniques et biopsie d'endomètre -

"Faux aspects d'Arias Stella" (De Brux)

Mme L... 31 ans

Règles irrégulières. Retard de règles de 3 semaines. Masse douloureuse dans le cul de sac gauche.

Biopsie d'endomètre : Les fragments examinés sont constitués par des tubes glandulaires nombreux dilatés et hérissés d'épines conjonctives bien constituées et même papillaires. Ils sont bordés par un épithélium dont les cellules montrent un noyau régulier dans un cytoplasme de grande taille riche en inclusions mucoïdes.

Le chorion cytogène est peuplé de cellules réticulaires ayant toutes un aspect déciduiforme. Des artérioles spiralées, souvent groupées en nids, ont des parois très épaissies. Il existe en outre un lambeau de chorion peuplé de cellules déciduales. C'est ici l'aspect d'un endomètre montrant une importante action progestéronique. Il s'agit sans doute d'un hyperlutéinisme.

La malade a présenté 10 jours plus tard un syndrôme abdominal aigu. L'intervention permit de découvrir la présence d'un kyste lutéinique rompu de l'ovaire gauche.

Mme R... 29 ans

Biopsie d'endomètre pratiquée le 29.4.58 (au 24ème jour du cycle).

./...

Les fragments d'endomètre examinés ..montrent des tubes glandulaires nombreux, très dilatés, parfois les uns contre les autres avec des épines conjonctives papillaires. La plupart de ces tubes sont bordés par un épithélium montrant des cellules dont le noyau est hyperplasique, parfois chromatique, un cytoplasme boursouflé et de grande taille.

Le chorion cytogène est fibrillaire, richement peuplé de cellules réticulaires de grande taille, tassées les unes contre les autres qui, en bordure, ont un aspect déciduiforme. Les artérioles spiralées sont nombreuses, bien différenciées, souvent groupées en nids. C'est l'aspect d'un endomètre ayant probablement subi une nidation, mais il n'est pas sûr que l'oeuf soit encore parfaitement fixé.

Il est impossible là-dessus de dire grossesse utérine ou grossesse extra-utérine.

Après mise en observation les douleurs reprennent et des métrorragies apparaissent. Intervention : il s'agit d'un corps jaune kystique de l'ovaire gauche(I9.5.58).

Histologie : Les fragments d'ovaire examinés montrent l'image d'un kyste lutéal très hémorragique.

On constate en effet la présence de strates superposées et épaisses de cellules lutéales de grande taille, à cytoplasme éosinophile, à noyau bien conservé qui témoigne de l'activité fonctionnelle de ces éléments. Au centre, zone de sang hémolysé avec un début d'organisation de la fibrine.

C'est l'aspect d'un corps jaune très fonctionnel et hémorragique.

A côté, fragment de corticale ovarienne contenant des follicules.

./...

Cette observation peut soit être considérée comme une erreur de l'interprétation histologique, soit renforcer la thèse du kYste lutéinique survenant après une grossesse interrompue (ce qu'indiquait le résultat de la biopsie d'endomètre).

Pourtant, il est fréquent de constater la présence de kYstes lutéiniques lors d'hYstérectomies pour utérus fibromateux chez des malades ménopausées. Qu'en déduire ?

Nous n'entrerons pas dabs la discussion de la pathogénie des kYstes lutéiniques. Est-ce un dérèglement hYpophYsaire comme tendrait à la prouver les lutéinisations massives des ovaires à la suite d'injections inconsidérées de gonadotrophines ? Les kYstes sont-ils dûs à une grossesse interrompue ?

La pathogénie de ces kYstes n'étant pas le but de cette thèse, laissons là la controverse pour conclure.

- CONCLUSION -

Nous venons de voir que les découvertes d'Arias Stella et les travaux de De Brux et Vaissade associés à la coelioscopie nous donnent un très grand espoir pour un diagnostic plus précis de la grossesse extra utérine et des grossesses interrompues. Par ce moyen, on entrevoit désormais la possibilité de diagnostiquer avec une marge d'erreur de plus en plus restreinte ces kystes lutéiniques à symptomatologies diverses certes, mais dont la plus fréquente est assurément celle très voisine de la nidation anormale.

Profitons de la conclusion pour ouvrir une parenthèse. La dénomination "kyste lutéinique" est imprécise et va du kyste à assise unique de cellules lutéiniques au corps jaune kystique. Il n'existe pas de classification nette de ces kystes ovariens, ni aucune dénomination univoque. Corps jaune gestatif ? Corps jaune progestatif ? Kyste lutéinique simple ? Les histologistes et anatomo-pathologistes manquent de précision dans leurs compte-rendus et il serait souhaitable qu'existe une classification standard précise évitant ainsi confusion et discussion.

Mais ceci nous éloigne un peu de notre sujet qui reste essentiellement la conduite pratique devant de tels syndrômes.

Il n'y a pas d'alternative pour le médecin praticien qui suspectant à juste titre une grossesse ectopique doit diriger la malade dans un service hospitalier.

Dans ce dernier, deux possibilités. Ou bien l'on est en présence d'un tableau d'hémorragie intra-péritonéale et l'intervention s'impose avec vérification minutieuse de l'état des trompes, ou bien le tableau clinique permet une relative expectative et alors, l'on peut pratiquer les deux examens indispensables :

./...

- Biopsie d'endomètre
- la coelioscopie

Nous avons vu tout l'intérêt diagnostic de ces investigations. Malheureusement, la pratique de la coelioscopie est délicate et nécessite une longue expérimentation, ne mettant pas, même dans le cas d'un opérateur qualifié, à l'abri d'erreurs.

D'autre part, si les travaux d'Arias Stella et le parti qu'ont su en tirer De Brux et ses collaborateurs, sont désormais connus, il existe encore peu d'histologistes capables de les utiliser de façon courante et positive.

Pourtant, seule la biopsie d'endomètre peut mettre à l'abri de réintervention dans les cas d'associations : "kyste lutéinique + grossesse extra-utérine", en signalant la présence de cette dernière (observations de Clerc-Vaucher) ; pourtant encore, seule jusqu'à présent la biopsie d'endomètre peut éviter l'intervention en cas d'hyperlutéinie avec kyste ovarien simulant la grossesse ectopique.

Telles sont les données du problème : d'un côté la réalité d'investigation permettant de poser le diagnostic, de l'autre, l'impossibilité fréquente en dehors des grands centres hospitaliers d'utiliser ces procédés. Il ne reste qu'à souhaiter que ces derniers se vulgarisent le plus rapidement possible évitant ainsi souvent aux malades une intervention chirurgicale que l'état actuel des choses ne me permet pas dans la majorité des cas d'écarter.

- BIBLIOGRAPHIE -

- Arias Stella (d'après Thèse de Vaissade Paris 1957)
- Attali : Grossesse et corps jaunes anormaux - Thèse 1953 -
- Basset : Syndrôme péritonéal aigu par rupture d'un kyste du corps jaune - Gyn. Obst. 1948-48 -
- Baumann J. : Hémopéritoines génitaux non gravidiques - Thèse Paris 1934 -
- Bauray : Hémorragies péritonéales d'origine génitale en dehors de la G.I.U. - Thèse Bordeaux 1934 -
- Bechet . : Diagnostic de grossesse par examen histologique du corps jaune (à propos d'une rupture hémorragique du corps jaune) - Mém. Acad. Chir. Paris 1937 -
- Bloch J.Cl. et Blondin : Hémorragies intra péritonéales d'origine génitale en dehors de grossesse ectopique - Sc. méd. pratique 1931 p. 652 -
- Bravarski : Un cas d'hémorragie grave du corps jaune - Gyn. Obst. Janv. 1939 -
- Charbonnel et Rivière : De l'intérêt de l'examen histologique des débris utérins pour le Diagnostic différenciel de la grossesse normale, de la G.D.U. et des troubles menstruels - Bulletin Société Gyn. et Obst. 1939-40 - 28 N° 9 -
- Clerc-Vaucher Jl. : Concomittance d'un kyste lutéinique et d'une grossesse tubaire - Gyn. Obst. 1954 -
- Coppola L. : Hémopéritoine d'origine ovarienne (rupture de C. J. au début) - Diagnostic avec appendicite aigue et grossesse tubaire -
- Cortes : Hémopéritoine dû à rupture du C. J. - Arch. di Obt. et Gin. 1949 - 54

./...

- Desclin L. : Les critères endométriaux de l'activité lutéinique - Bruxelles Médical - 6.II.1955 p. P076 -
- Dewhurst : Hémorragie profuse par corps jaune rompu simulant une G.E.U. - Brit. Med. Journal 1950 - 1 - p. 416 -
- Dolynsky et Bausion : Un cas d'hémorragie du C. J., menaçant la vie, coexistant avec une grossesse intra utérine -
- Ehrardt et Kaufmann : Une G.E.U. cliniquement et hormonalement masquée par un kyste du C.J. - Zbl. Gyn. 7 Nov. 1936 N° 45 -
- Ferin J. : Les critères endométriaux de l'action progestinique - Bruxelles Médical 6.II.55 p. 2234 -
- Figarella J. et Imperti A. : L'hormone lutéinique des hémorragies internes fonctionnelles - Marseille Médical 5.5. 1939 - 76 - II - 561 - 568 -
- Fonction lutéale : Colloques - Masson Editeur 1957 -
- Halban J. : Les symptômes cliniques des kystes du C.J. Zent. f. Gyn. 1915 - t. 39 - p. 409
- Israel S.L.: Similitude clinique du kyste du C. J. et de la grossesse ectopique - Amer. J. Obst. Gyn. 1942 - 44 - I - 22 -
- Koenig P. : Contribution au diagnostic de la G.E.U. par l'examen du produit de curretage - Revue médicale suisse Romande 25 Avril 1944 - N° 4 - p. 239 - 46 -
- Magendie, Kolenc et George : A propos d'un kyste lutéinique géant hémorragique non rompu - Bordeaux Chri. Janv. 1954 - I - p. 44
- " Kyste lutéinique hémorragique non rompu - Journal Med. Bordeaux 1954 - 131 - 4 - 388 - 389 -

./...

- Mocquot et Musset : Hémorragies ovariennes libres ou enkystées (non gravidiques) - Gyn. et Obst. 1946 - 45 N° 4 - 337 - 358 -
- Netter et Henry : Dosage des oestrogènes dans les kystes para untérins - Annales Endocrino 1950 II N° 6 p. 630 - 633 -
- Netter, Henry, Lambert : Nouvelles études sur liquides des kystes para utérins - Considérations diagnostiques et pathogéniques - Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1951 - 3 - N° I p. 66 - 71 -
- Salvanet J. : Kystes dystrophiques de l'ovaire (Mono. Med. Scient.Nov. Dec. 1953 N° 36) -
- Vaissade J. : Biopsie d'endomètre dans le diagnostic des grossesses utérines et extra utérines interrompues - Thèse Paris 1957 -
- Verhaeghe et Gauthier : Corps jaune et grossesse : à propos de 3 observations de kystes lutéiniques Bull. Soc. Gyn. et Obst. 1949 - I - 3 - 291 - 292 -

---

Vu, le Président de Thèse,

Professeur FUNCK BRENTANO

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-Ve
Téléphone : ODÉon 58-90